

**Bezirk Mittelfranken**  
**-Sozialreferat-**  
 Danziger Str. 5  
 91522 Ansbach

Eingangsstempel Bezirk Mittelfranken

falls bekannt, Az:

## Antrag auf Gewährung von Hilfe

Gewünschte Hilfe: \_\_\_\_\_  
 Einrichtung: \_\_\_\_\_  
 Ab wann: \_\_\_\_\_  
 Begründung (bei stationärer Hilfe, warum ambulante od. teilstationäre Hilfe nicht ausreichend ist): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Unzutreffendes ist zu streichen!

| 1. Persönliche Verhältnisse                     | a) der nachfragenden Person  | b) des Ehegatten (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend) bzw. des Lebenspartners und bei <b>minderjährigen</b> nachfr. Personen der Eltern |              |
|---|--|--|--------------|
| Name (ggf. auch Geburtsname)                    |  |  |              |
| Vorname   |  |  |              |
| Geburtsdatum                                    | geb. am  |  |              |
|   | in   |  |              |
| Familienstand                                   | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden<br><input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet<br><input type="checkbox"/> getrennt lebend<br><b>seit</b> |  |              |
| Staatsangehörigkeit/<br>ausländerrechtl. Status |  |  |              |
| In Deutschland lebend seit Geburt               | Ja / Nein  | Ja / Nein  | Ja / Nein    |
| falls <b>nein</b> , Jahr des Zuzugs             |  |  |              |
| PLZ, Wohnort                                    |  |  |              |
| Straße, Nr.                                     |  |  |              |
| Telefon   |  |  |              |
| Beruf   |  |  |              |
| Arbeitgeber                                     |  |  |              |
| zuletzt <b>krankenversichert</b> bei _____      |  |  |              |
| (Mitgliedsnr.)                                  | vom      bis   | vom      bis   | vom      bis |
| zuletzt <b>rentenversichert</b> bei _____       |  |  |              |
|   | vom      bis   | vom      bis   | vom      bis |

**2. Sonstige Personen, mit denen die nachfragende Person noch in Haushaltsgemeinschaft (auch Lebensgefährte/in) lebt:**

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| Name (ggf. auch Geburtsname)  |   |   |   |   |
| Vorname   |   |   |   |   |
| Geburtsdatum  |   |   |   |   |
| Familienstand/Verwandschaftsverhältnis zum Hilfesuchenden                   | / | / | / | / |
| Beruf/Staatsangehörigkeit   | / | / | / | / |
| Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger oder Pensionsfestsetzungsbehörde |   |   |   |   |
| Krankenkasse  |   |   |   |   |
| Höhe des Einkommens (mtl. netto)  |   |   |   |   |

**3. Sonstige Angehörige der nachfragenden Person außerhalb der Haushaltsgemeinschaft: (ehelich/nichtehelich/ehelich erklärt/angenommene Kinder und Eltern)**

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| Name (ggf. auch Geburtsname)  |   |   |   |   |
| Vorname   |   |   |   |   |
| Geburtsdatum  |   |   |   |   |
| Familienstand/Verwandschaftsverhältnis zur nachfragenden Person             | / | / | / | / |
| Beruf/Staatsangehörigkeit   | / | / | / | / |
| PLZ, Wohnort  |   |   |   |   |
| Straße, Nr.   |   |   |   |   |
| Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger oder Pensionsfestsetzungsbehörde |   |   |   |   |
| Krankenkasse  |   |   |   |   |

**4. Ansprüche auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (und Nebengesetzen)**

(ggf. Nachweise wie BVG-Rentenbescheid, Sterbeurkunde beifügen!)

- a) Haben die nachfragende Person oder deren im folgenden genannten Angehörige Schädigungen erlitten
- durch Kriegseinwirkung (Bundesversorgungsgesetz),
  - im militärischen Dienst der Bundeswehr (Soldatenversorgungsgesetz) oder
  - bei Ausübung des Zivildienstes (Zivildienstgesetz)?

nein  ja falls ja,

|                            |                   |
|----------------------------|-------------------|
| Nachfragende Person        | G.d.B. _____ v.H. |
| Ehegatte                   | G.d.B. _____ v.H. |
| Elternteil _____<br>(Name) | G.d.B. _____ v.H. |

- b) Sind Angehörige der nachfragenden Person
- durch Kriegsereignisse gefallen oder vermisst (Bundesversorgungsgesetz),
  - an Kriegsleiden verstorben (Bundesversorgungsgesetz),
  - im militärischen Dienst der Bundeswehr verstorben (Soldatenversorgungsgesetz), oder
  - bei der Ausübung des Zivildienstes verstorben (Zivildienstgesetz)?

nein  ja falls ja,

|  |                      |
|--|----------------------|
| Ehegatten (bei Wiederverheiratung auch früherer Ehegatte)                              | _____                |
|  | (Name, Geburtsdatum) |
| Kinder (ehelich, für ehel. erklärte, adoptierte, nichtehel. Stief-Pflegekinder, Enkel) | _____                |
|  | (Name, Geburtsdatum) |
| Elternteil   | _____                |
|  | (Name, Geburtsdatum) |

## 5. Sonstige Angaben

- a) Wurde für die nachfragende Person eine Betreuung verfügt oder beantragt bzw. besteht Vollmacht?  
 nein  ja Amtsgericht \_\_\_\_\_  
falls ja, Name u. Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten:  
**(bitte Kopie des Betreuerausweises vorlegen)** \_\_\_\_\_
- b) Frühere Ehegatten der nachfragenden Person (soweit nicht bereits unter Nr. 1 angegeben)  
(Name, Vorname, Geb.-Datum, Anschrift, Beruf, evtl. Sterbetag)  
\_\_\_\_\_
- c) Soweit Ehe(n) geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde(n) bzw. die Ehegatten getrennt leben:  
Urteil des Land-/Familiengerichts in \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ AZ: \_\_\_\_\_  
(Scheidungsurteil, Regelung über Unterhalt/Sorgerecht bitte beifügen)
- d) Beihilfeanspruch der nachfragenden Person, des Ehegatten oder der Eltern  ja  nein  
(aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung)  
Beihilfeberechtigter \_\_\_\_\_  
Beihilfe gewährende Stelle \_\_\_\_\_
- e) Dauernde Behinderung, Krankheit besteht  ja  nein  
Ursache (z.B. angeborene Behinderung, Unfall, Impfschaden, Berufskrankheit) \_\_\_\_\_
- f) Hat die nachfragende Person einen Schwerbehindertenausweis?  ja  nein  
**(falls ja, bitte Kopie beifügen)**  
Hat deren Ehegatte, bzw. Lebenspartner einen Schwerbehindertenausweis?  ja  nein  
**(falls ja, bitte Kopie beifügen)**
- g) **Haben Sie in den letzten 6 Monaten Eingliederungshilfe erhalten?**  ja  nein  
(z.B. Renten, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rehabilitationsleistungen)  
\_\_\_\_\_  
**(Tag, Behörde, AZ; Bewilligungsbescheid in Fotokopie beifügen)**
- h) Wird jetzt oder wurde bereits früher Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge bezogen?  ja  nein  
vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Behörde: \_\_\_\_\_ Hilfeart: \_\_\_\_\_
- i) Wurden Anträge auf Sozialleistungen gestellt?  ja  nein  
(z.B. Renten, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rehabilitationsleistungen)  
\_\_\_\_\_  
(Tag, Behörde, AZ; Bewilligungsbescheid in Fotokopie beifügen)
- j) Pflegeversicherung:  
Pflegekasse: \_\_\_\_\_  
Leistungsbescheid liegt vor:  ja, Pflegegrad \_\_\_\_ (Leistungsbescheid beifügen. Bei keiner Einstufung  
MDK-Gutachten unterschrieben beifügen)  
 nein Antrag auf Leistung bereits gestellt?  
 ja, am \_\_\_\_\_  nein

## 6. Aufenthaltsverhältnisse der nachfragenden Person

- a) Datum der Einrichtungsaufnahme: \_\_\_\_\_
- b) derzeitiger Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_
- c) tatsächliche Aufenthaltsorte (polizeiliche Meldung nicht ausschlaggebend) während der letzten 6 Monate **vor der Aufnahme** in die Einrichtung (ggf. gesondertes Blatt beifügen)
- d) bei Übertritt aus dem Ausland, Datum und Ort des Grenzübertritts: \_\_\_\_\_

**Wirtschaftliche Verhältnisse der nachfragenden Person, deren Ehegatte bzw. Lebenspartner; sowie bei ledigen minderjährigen nachfragenden Personen der Eltern.**

**1. Einkommensarten**

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>Schlüsselzahlen für Einkommen</b><br><b>1) Tätigkeit</b><br>0110 Eink./Selbständiger<br>0111 Eink./Landw.-Forstw.<br>0120 Eink./unselbst.Tät.<br>0121 Lehrl. Vergütung<br>0122 Urlaubsgeld 1/12<br>0123 Urlaubsgeld Einzelf.<br>0125 Weihnachtsgeld 1/12<br>0126 Weihnachtsgeld -indiv.<br>9129 Erst.LSt.-KiSt. 1/12<br>0130 Krankengeld<br>0140 Schlechtwettergeld<br>0150 ALG<br>0160 ALG II<br>0170 Übergangsgeld<br>0180 Konkursausfallgeld<br>0190 Kurzarbeitergeld<br>0191 Eingl. Geld<br>0196 Mutterschaftsgeld | <b>2) Gesetzliche Rentenversicherung</b><br>0210 Rente wg. teilweiser Erwerbsminderung<br>0220 Rente wg. voller Erwerbsminderung<br>0230 Altersrente<br>0240 Ww.Rente<br>0241 Waisenrente<br>0250 Unfallrente<br>0255 Knappsch. Rente<br>0260 Österr. Rente<br>0270 ausländ. Rente<br><br><b>3) Versorgung (BVG, HHG, SVG, OEG)</b><br>0310 BVG-Grundrente 30%<br>0311 BVG-Grundrente 40%<br>0312 BVG-Grundrente 50%<br>0318 BVG-Ausgl.Rente<br>0319 BVG-Ausgl. Rente<br>0319 BVG Berufssch.Ausgl<br>0320 BVG-Pflegezulage mA.<br>0321 BVG-Führhundzulage<br>0322 BVG-Kleiderverschl.<br>0323 BVG-Schwerstbeh. Zul.<br>0330 BVG-Elternteilrente<br>0331 BVG-Elternr. f. Paare | 0332 BVG-Schadensausgl.<br>0333 BVG-Ws- Ausgl.Rente<br>0340 sonst. BVG-Rente<br><br><b>4) Lastenausgleich</b><br>0410 UH-LAG<br>0420 Entsch. Rente-LAG<br><br><b>5) Öffentlicher Dienst</b><br>0510 Pension<br>0520 Witwengeld (öD)<br>0530 Waisengeld (öD)<br><br><b>6) rentenähnliche Leistungen</b><br>0610 betriebl. Zuwendungen<br>0620 Betriebszusatzrente<br>0630 Leibrente, Leibgeding<br>0640 Altersgeld für Landwirte<br>0650 Entsch. Rente-BEG<br>0651 Entsch. Rente-OEG<br>0660 Unterhalt- Geldleist.<br>0661 Unterhalt- Sachleist.<br>0870 Hilfswerk f. beh. Kinder | <b>7) sonst. Leistungen</b><br>0710 Kindergeld<br>0711 KGZ<br>0712 Kinderzuschuss Rent.<br>0720 UVG-Leistungen<br>0730 UVG-Leistungen<br>0740 BaföG-Leistungen<br>0750 Blindengeld<br><br><b>8) Einkommen aus Vermögen</b><br>0810 Zinseinnahmen<br>0811 Vermögensertrag<br>0820 Mieteinnahmen<br>0821 Pachteinnahmen<br><br><b>9) sonst. Einkommen</b><br>0910 bes. Mietzuschuss<br>0911 Wohngeld- nicht pauschal.<br>0912 Lastenzuschuss-WoGG<br>0950 sonst. Einnahmen |
|---|---|--|--|

| Nettoeinkommen mtl.         | a) der nachfragenden Person |   | b) des Ehegatten(auch wenn geschieden oder getrennt lebend)<br>Bei minderjährigen nachfragenden Personen (hier Angaben über die Eltern) |        |
|-----------------------------|-----------------------------|---|---|--------|
|                             |                             |   | Ehegatte/Vater  | Mutter |
| Entsprechende Schlüsselzahl | /                           | € | /   | €      |
| vor den Einkommensbetrag    | /                           | € | /   | €      |
| schreiben!                  | /                           | € | /   | €      |
| <b>Nachweise beilegen!</b>  | /                           | € | /   | €      |
|                             | /                           | € | /   | €      |
|                             | /                           | € | /   | €      |
|                             | /                           | € | /   | €      |

**Sollte kein Einkommen oder sonstige Einkünfte erzielt worden sein, bitten wir um Bekanntgabe, wovon der Lebensunterhalt bestritten wurde!**

**2. Laufende Ausgaben (bitte belegen!)**

|  | € | € | € |
|--|---|---|---|
| a) Versicherungen (z.B. Haftpflicht-, Lebens-versich., Sterbegeldvers. frei-willige Krankenversicherung) |   |   |   |
| b) Mit der Erzielung des Einkommens verb. Ausgaben (z.B. KM zum Arbeitsplatz)                            |   |   |   |

**3. Besondere Belastungen (z.B. Schulden, Krankheit, Unterstützung von Angehörigen) (bitte belegen!)**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**4. Vermögensverhältnisse (bitte belegen!)**

| a) bewegliches Vermögen   |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|
| Spar- u. Bankguthaben,  | bei | bei | bei |
| Sparverträge, Sparbriefe,   | €   | €   | €   |
| Girokonto, Bausparvertrag   | bei | bei | bei |
|   | €   | €   | €   |
| sonstiges Vermögen (z.B. Wertpapiere, Bargeld Kfz)                              | bei | bei | bei |
|   | €   | €   | €   |
|   | bei | bei | bei |
|   | €   | €   | €   |
| <b>Bestehen Lebens- und/oder Sterbegeldversicherungen (auch beitragsfreie)?</b> | Art | Art | Art |
|   | €   | €   | €   |

**b) unbewegliches Vermögen (Haus- und Grundvermögen)**
 nein       ja (bitte belegen und folgende Angaben machen)

- Wohnhaus** (Zahl der Wohnungen)  **Eigentumswohnungen**  **gewerblich genutztes Grundstück**  
 Eigentümer \_\_\_\_\_ Anteil \_\_\_\_\_ v.H. Einheitswert \_\_\_\_\_ €  
 Gesch. Verkehrswert \_\_\_\_\_ € Baujahr \_\_\_\_\_ Grundstücksfl. \_\_\_\_\_ Flur-Nr. \_\_\_\_\_  
 Gemarkung \_\_\_\_\_  
 derzeitige Nutzung \_\_\_\_\_
- sonst. Grundbesitz** insg. \_\_\_\_\_ ha davon Bauland \_\_\_\_\_ qm Bauerwartungsland \_\_\_\_\_ qm  
 Eigentümer \_\_\_\_\_ Anteil \_\_\_\_\_ v.H. Einheitswert \_\_\_\_\_ €  
 gesch. Verkehrswert \_\_\_\_\_ € Baujahr \_\_\_\_\_ Grundstücksfl. \_\_\_\_\_ Flur-Nr. \_\_\_\_\_  
 derzeitige Nutzung \_\_\_\_\_
- Ansprüche auf Grundvermögen im Gebiet der ehemaligen DDR**  
 Art: \_\_\_\_\_

**5. Wohnverhältnisse der nachfragenden Person u. d. in Hausgemeinschaft lebenden Personen**

- a)  Mietwohnung     Untermieter     Mietaufw.     Mietaufw.     Mietaufw.  
 Mietm. € \_\_\_\_\_ (ohne Nebenkosten)  
 Nebenkosten (z.B. Wassergeld, Gebühren) monatlich € \_\_\_\_\_ (bitte belegen)  
 Heizkosten monatlich € \_\_\_\_\_  
 wird die Wohnung zentral mit Warmwasser versorgt  ja     nein
- b)  Eigentumswohnung     eigenes Haus     freies Wohnrecht  
 monatlich anfallende Kosten z.B. Schuldzinsen, Schuldtilgung € \_\_\_\_\_  
 Grundsteuer, Gebühren € \_\_\_\_\_
- c) Wohngeld wurde beantragt am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
 oder Wohngeld ist bewilligt mit monatlich € \_\_\_\_\_ bis einschließlich \_\_\_\_\_

**6. Vermögensabgabe**

Wurden in den letzten 10 Jahren vor Eintritt der Bedürftigkeit Vermögenswerte (z.B. Haus oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt?

 nein       ja

Zeitpunkt: \_\_\_\_\_ Höhe: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_

Empfänger, Anschrift: \_\_\_\_\_

Grund, Anlass: \_\_\_\_\_

(Verträge, notarielle Urkunden beilegen)

**7. Bestehen Ansprüche o. Rechte gegen Dritte (z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege, Darlehensrückzahlungsansprüche, Ansprüche aus Erbschaft)?**
 nein       ja      Art: \_\_\_\_\_ Höhe: \_\_\_\_\_

Verpflichteter, Anschrift \_\_\_\_\_

(Verträge, notarielle Urkunden beilegen)

**8. Bestehen Kranken(haus)tagegeldversicherungen?**
 nein       ja      Art, Höhe \_\_\_\_\_

**Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss.**

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Wohngeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse auch von Haushaltsangehörigen unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Hilfegewährung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe, einzusehen. Hierzu verweisen wir auf die dem Antrag beigefügten Hinweise.

Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferversorgung erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KFÜrsV erteilt.

Sonstige Angaben:

Geldleistungen können gezahlt werden auf:

IBAN

Bankinstitut

BIC

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person bzw.  
seiner gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des Ehegatten

**Außerdem ermächtige ich den Bezirk Mittelfranken zur Prüfung eines eventuellen Rentenanspruchs beim zuständigen Rentenversicherungsträger einen Versicherungsverlauf anzufordern; sowie einen evtl. Wohngeldantrag zu stellen.**

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person bzw.  
seiner gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des Ehegatten

- a) Der Antrag auf Hilfe ist hier am \_\_\_\_\_ aufgenommen worden oder eingegangen. Damit wurde hier bekannt, dass ggf. die Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfe vorliegen. Die Angaben wurden geprüft. Die einschlägigen Nachweise wurden - soweit sie nicht beiliegen - eingesehen.

- b) Mit \_\_\_\_\_ Belegen am \_\_\_\_\_ an \_\_\_\_\_

weitergeleitet mit folgender Stellungnahme:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

### Hinweise zum Datenschutz

Unsere ausführlichen Informationen zum Datenschutz finden Sie unter [www.bezirk-mittelfranken.de/datenschutz](http://www.bezirk-mittelfranken.de/datenschutz).